

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1924

THÈSE

N°
315

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Adolphe TOURTOU

Né à Pignans (Var), le 4 janvier 1896

Ancien externe des Hôpitaux de Paris

DES PÉRITONITES

PAR PERFORATION SPONTANÉE

DES VOIES URINAIRES

CHEZ LES URINAIRES

Président : M. F. LEGUEU, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

—
1924

318

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1924

THÈSE

N°

315

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Adolphe **TOURTOU**

Né à Pignans (Var), le 4 janvier 1896

Ancien externe des Hôpitaux de Paris

DES PÉRITONITES

PAR PERFORATION SPONTANÉE

DES VOIES URINAIRES

CHEZ LES URINAIRES

Président : M. F. LEGUEU, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1924



LE DOYEN... M. ROGER

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie.....	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale..	CUNEO.
Physiologie.....	CH. RICHET.
Physique médicale..	André BROCA.
Chimie organique et chimie générale ..	DESGREZ.
Bactériologie.....	BEZANÇON.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale.....	SICARD.
Pathologie chirurgicale.....	LECÈNE.
Anatomie pathologique.....	LETULLE.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale.....	RICHAUD.
Thérapeutique.....	CARNOT.
Hygiène.....	Léon BERNARD
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée.....	ROGER.
Clinique médicale.....	GILBERT.
	CHAUFFARD
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants.....	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale....	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.....	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale.....	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique.....	De LAPERSONNE.
Clinique urologique.....	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements.....	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.....	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	BROCA Auguste
Clinique thérapeutique médicale.....	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	DUVAL.
Clinique propédeutique.....	SERCENT.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

A3RAMI..... Pathologie médicale
 ALGLAVE..... Pathologie chirurgicale.
 AUBERTIN..... Pathologie médicale.
 BASSET..... Pathologie chirurgicale.
 BAUDOUIN..... Pathologie médicale.
 BINET..... Physiologie.
 BLANCHETIÈRE Chimie biologique.
 BRANCA..... Histologie
 BRULÉ..... Pathologie médicale.
 BUSQUET..... Pharmacologie et ma-
 tière médicale.
 CADENAT..... Pathologie chirurgicale.
 CHAMPY..... Histologie.
 CHIRAY..... Pathologie médicale.
 CLERG..... Pathologie médicale.
 DE RÈ..... Hygiène.
 I. de JONG... Anatomie pathologique.
 DUVOIR..... Médecine légale.
 ÉCALLE..... Obstétrique.
 MESSINCER... Pathologie médicale.
 FOIX..... Pathologie médicale.
 GARNIER..... Pathologie expériment¹⁰.
 HARVIER..... Pathologie médicale.
 HEITZ-BOYER. Urologie.
 HOVELACQUE. Anatomie.
 JOYEUX..... Parasitologie.

MM.

LABBÉ (Henri). Chimie biologique.
 LARDENNOIS.. Pathologie chirurgicale.
 LE LORIER.... Obstétrique.
 LEMAITRE.... Oto-rhino-laryngologie.
 LEMIERRE.... Pathologie médicale.
 LÉVY-SOLAL.. Obstétrique.
 LHERMITTE.. Pathologie mentale.
 LIAN..... Pathologie médicale.
 MATHIEU..... Pathologie chirurgicale.
 METZGER..... Obstétrique.
 MOCQUOT.... Pathologie chirurgicale.
 MONDOR..... Pathologie chirurgicale.
 MOURE..... Pathologie chirurgicale.
 MULON..... Histologie.
 PHILIBERT... Bactériologie.
 RIBIERRE.... Pathologie médicale.
 RICHER Fils... Physiologie.
 ROUVIÈRE.... Anatomie.
 STROHL..... Physique médicale.
 TANON..... Pathologie médicale.
 TIFFENEAU... Pharmacologie et ma-
 tière médicale.
 VAUDESCAL.. Obstétrique.
 VERNE..... Histologie.
 VILLARET.... Pathologie médicale
 WELTER..... Ophtalmologie.

III. -- AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

CAMUS..... Physiologie.
 GOUÇEROT.... Pathologie médicale.
 GUENIOT..... Obstétrique.

MM.

RETTERRER.... Histologie.
 ROUSSY..... Anatomie pathologique.

IV — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.
 AUVRAY..... Clinique chirurgicale.
 CHEVASSU Clinique chirurgicale.
 LAIGNEL-LAVASTINE Clinique médicale.
 LEREBoullet. Clinique médicale infan-
 tile.
 LÉRI Clinique médicale.
 LÉPER Clinique médicale.

MM.
 OMBRÉDANNE. Clinique chirurgicale in-
 fantile.
 PROUST Clinique chirurgicale.
 RATHERY..... Clinique médicale.
 SCHWARTZ ... Clinique chirurgicale.
 TERRIEN..... Cliniq. ophtalmologique.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM MAUCLAIRE, agrégé.....	} Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY.....	
N.	Stomatologie.
LEDOUX-LEBARD.....	Éducation physique.
	Radiologie clinique.

*Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni im-
 probation.*

A MA FEMME

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR FÉLIX LEGUEU

Professeur de Clinique urologique à la Faculté
de Médecine de Paris
Officier de la Légion d'honneur

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

Stage :

- M. le Professeur ODDO, professeur de Clinique médicale à l'Ecole de Médecine de Marseille.
- M. le Professeur FERNAND WIDAL, professeur de Clinique médicale à la Faculté de Médecine de Paris.

Externat :

- M. le Professeur LEJARS, professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine de Paris.
- M. le Docteur DALCHÉ, médecin honoraire de l'Hôtel-Dieu.
- M. le Docteur GUILLEMOT, médecin de l'Hôpital Bretonneau.
- M. le Professeur agrégé MARION, chirurgien de l'Hôpital Lariboisière.
- M. le Docteur COMTE, médecin de l'Hôpital Saint-Antoine.
- M. le Docteur BAUDET, chirurgien de l'Hôpital Bichat.
- M. le professeur LEGUEU.

- A M. le Docteur VERLIAC, chef de laboratoire à la Clinique d'Urologie de Necker.

A MES MAÎTRES DE L'AUTO-CHIR. 9.

A M. le Professeur SENCERT (*in memoriam*).

A M. le Professeur ANDRÉ, professeur de Clinique urologique à la Faculté de Médecine de Nancy.

A M. le Docteur GUILLEMOT, médecin des Hôpitaux de Paris.

A M. le Docteur LAGOUTTE (du Creusot).

A M. le Docteur GARCIN, chef de Clinique adjoint à la Faculté de Médecine de Paris.

DES PÉRITONITES

PAR PERFORATION SPONTANÉE

DES VOIES URINAIRES CHEZ LES URINAIRES

INTRODUCTION

Au cours de notre externat dans le service du Professeur Legueu à l'Hôpital Necker, il nous a été donné d'observer, à quelques semaines d'intervalle, deux cas de péritonite fruste par perforation de la vessie.

Le premier cas fut même l'objet d'une communication de notre ami Dossot, interne du service, à la Société d'Urologie.

Nous disons péritonite fruste car l'examen clinique ne permit pas de faire le diagnostic. Il fut fait rétrospectivement par l'autopsie, ces deux malades mourant dans un laps de temps assez court.

Aussi, sur les conseils de notre Maître, le professeur Legueu et de M. Verliac, chef de laboratoire de la clinique des voies urinaires, nous nous sommes efforcé de bâtir notre thèse sur ce sujet.

Comme l'indique le titre de notre travail, nous ne nous occuperons que des péritonites survenant par perforation spontanée des voies urinaires soit supé-

rieures, soit inférieures chez des urinaires avérés.

Tout en laissant systématiquement de côté tous les cas qui relèvent de traumatismes, nous nous défendons de les ignorer. Nous essaierons même d'opposer ces perforations différentes par leur mécanisme, leur symptomatologie, leur évolution à celles que nous nous proposons d'étudier plus en détail ici.

La rupture des voies urinaires et surtout de la vessie a fait l'objet de nombreux et complets travaux quand elle reconnaît comme cause un traumatisme : que celui-ci soit conditionné par une contusion abdominale, par une fracture du bassin, par des projectiles d'armes à feu, par des instruments piquants ou contondants. Ce sont là des cas où la chirurgie a obtenu de beaux succès en réduisant d'une façon très sensible la mortalité grâce à une intervention précoce.

Par contre les péritonites par perforation spontanée de ces mêmes voies urinaires devenues pathologiques, ont toujours une évolution trompeuse. Nous sommes loin alors de cette symptomatologie franche, précise, nette de la péritonite. Rien vraiment ne mériterait si peu le nom de péritonite que ces péritonites que seule l'anatomie pathologique nous permet de baptiser ainsi. Aussi pouvons-nous dire que, dans tous les cas que nous citons, c'est l'autopsie qui révéla la présence d'une péritonite d'une part, et d'autre part sa cause : la perforation de l'organe malade. Nous sommes alors tentés de penser que ces raisons suffisent à expliquer le peu d'attention

qu'on a paru apporter à cette complication toujours mortelle. Leur rareté n'est pourtant pas une excuse, car elles sont bien moins rares qu'on veut bien le dire. On ne trouve aucun travail d'ensemble sur ce sujet, mais par contre de nombreux auteurs, surtout du siècle dernier, ont publié des observations sur lesquelles se trouvent pour ainsi dire calquées les nôtres.

Dans l'exposition de ce sujet notre plan reste des plus simples.

Après avoir passé en revue les faits identiques aux nôtres, recueillis dans la littérature médicale depuis 1839 jusqu'à nos jours, nous aborderons l'étude clinique.

Nous rechercherons et établirons les conditions étiologiques qui président à cette complication toujours mortelle.

La symptomatologie nous retiendra plus longtemps sans qu'il puisse nous être possible cependant de donner des signes d'une valeur incontestable. C'est que cette symptomatologie est parfois complètement inexistante, parfois réduite à de petits signes fonctionnels isolés alors que les signes physiques sont négatifs.

Nous comprenons donc combien peut être malaisé le diagnostic de cette péritonite.

Le traitement nous arrêtera peu, le diagnostic étant le plus souvent impossible en l'état actuel de la science.

Nous essaierons de tirer les conclusions de ce tra-

vail, après avoir exposé les observations recueillies dans la clinique des voies urinaires de l'hôpital Neker. Nos observations cliniques sont suivies du résultat des autopsies. Celles-ci ont été pratiquées par M. Verliac, nous tenons à lui en adresser ici toute notre gratitude ainsi que nos remerciements pour la sollicitude dont il nous a entouré et les conseils qu'il nous a prodigués au cours de ce travail.

HISTORIQUE

De tout temps les chirurgiens se sont occupés des complications survenant à la suite d'une perforation des voies urinaires. Les péritonites notamment ont retenu leur attention. Ces perforations siégeaient plus souvent à la vessie qu'au niveau de l'uretère, du bassinot ou du rein.

A. — Péritonite par perforation de la vessie

Chaque fois qu'une perforation se produit spontanément au niveau de la face postérieure ou au sommet de la vessie, il s'en suit une péritonite. Des expériences faites sur des chiens et dont les conclusions ont pu être vérifiées chez l'homme ensuite, il ressort que le péritoine se conduit de façon différente selon que l'urine est aseptique ou septique.

1° *L'urine est aseptique.* — Il est alors intéressant d'observer avec Rivington, avec Ferraton que les ruptures intrapéritonéales ne sont pas toujours suivies immédiatement de péritonite.

Maas et Uhlmann ont montré l'extrême tolérance du péritoine vis-à-vis de l'urine.

Gravitz, Strauss, Tuffier ont établi que l'urine pour être nocive doit être septique.

D'après Rouvillois et Ferron l'urine aseptique est cause de péritonite aseptique. Elle ne provoque pas d'accidents inflammatoires mais peut être la cause d'accidents toxiques.

Wegner a montré depuis longtemps déjà, avec chiffres à l'appui, la puissance d'absorption considérable du péritoine.

Les recherches opérées par Ferraton et exposées dans sa thèse montrent que pendant les vingt-quatre premières heures tout le liquide est résorbé et on ne retrouve rien. Au bout de ce temps et jusqu'à deux ou trois jours il n'en reste plus que 120 à 125 grammes. Après ce moment la quantité s'accroît très vite, pouvant atteindre jusqu'à 10 ou 15 litres. Ce sont alors des accidents d'ordre toxique provoquant une mort rapide avec une symptomatologie rappelant celle de l'urémie.

2° *L'urine est septique.* Mais quand l'urine est septique il se produit tôt des accidents infectieux par inoculation du péritoine.

Moriss, Maubrac, parlent de l'évolution possible, mais exceptionnelle de cette péritonite vers la forme adhésive avec enkystement de l'urine dans une cavité formée par des viscères abdominaux et pelviens soudés par des adhérences.

Des auteurs comme Rivington, Bartels, Eltze ont dressé des statistique montrant la rareté des cas de péritonite par urine septique et leur mortalité considérable. Mais ces statistiques en ont fait germer d'autres montrant que ces ruptures intrapéritonéales,

avec urine septique, étaient loin d'être rares quand elles reconnaissent comme cause un traumatisme. Mais pour les cas particuliers de vessie pathologique se perforant et s'ouvrant dans le péritoine spontanément, il n'a jamais été publié de statistiques.

Quelles sont les causes qui provoquent et la perforation et la péritonite consécutive ?

Amiet a signalé que pour qu'une vessie en distension se rompe il faut une pression de 500 grammes par centimètre cube. Mais il s'agit là d'une vessie réputée saine et sur laquelle s'exercera un traumatisme quelconque.

Dans les vessies pathologiques on ne peut savoir quelle est la distension suffisante pour provoquer une perforation. D'autre part le facteur essentiel est constitué par la cause provocatrice de la perforation.

1. *Perforation par calculose vésicale avec péritonite.* — On doit considérer cette complication de la calculose vésicale comme fort rare car beaucoup de traités de chirurgie ne font même pas mention de cette évolution.

Cependant dans le *Traité de Chirurgie* de Le Dentu et Delbet c'est en ces termes que notre maître le professeur Legueu mentionne la possibilité de la péritonite.

« La perforation de la vessie peut être le résultat de l'ulcération de la vessie par un calcul. Chapplain rapporte vingt-neuf exemples de cette complication qui affecte à peu près exclusivement la paroi inférieure et est ordinairement mortelle. Chez la femme

cependant on a vu sans incident le calcul s'éliminer par le vagin, laissant à sa suite une fistule vésico-vaginale. »

En effet dans un Mémoire de Chapplain (monographie parue en 1891) cet auteur cite à côté de 4 cas de perforations antérieures de la vessie, 25 cas de perforations postérieures, déterminant une péritonite. Chez l'un de ces malades il existait notamment trois calculs et trois perforations. L'autopsie montra qu'à côté de ces deux orifices situés à la face antérieure de la vessie, il existait à la face postérieure de cet organe une perforation qui faisait communiquer la vessie avec le péritoine. Aussi la cavité péritonéale renfermait-elle une assez grande quantité de pus délayé.

En 1903 D'Orville d'Horwitz de Philadelphie rapporte 3 cas de rupture de la vessie mais 1 seul rentre dans le cadre de ce travail. Il s'agissait d'un malade qui souffrait de la vessie depuis longtemps déjà quand l'exploration montra l'existence d'un gros calcul et une vessie épaisse et contractée. On proposa une cystostomie que le malade consentit à subir mais qu'il renvoya à une semaine plus tard. Cinq jours après il accuse de violentes douleurs au niveau de l'hypogastre. Il a envie d'uriner mais la miction est impossible. La sonde ramène un peu d'urine sanglante.

Le malade rejette toute intervention et meurt vingt-quatre heures après.

L'autopsie montre une vessie épaissie dont la

cavité est presque absolument remplie par la pierre. La rupture intra-péritonéale siégeait à la face postérieure de la vessie sur une longueur de 3 à 4 centimètres.

Monod Ch., Delaunoy ont observé cette rupture après une injection de 200 grammes d'eau boriquée dans une vessie de calculeux.

Verneuil, chez un calculeux, a vu une perforation vésicale se produire après une injection dans la vessie de 125 grammes d'eau tiède.

Les calculs peuvent provoquer, par leur présence dans l'arbre inférieur des voies urinaires, des ruptures de la vessie avec péritonite suivant un mécanisme tout différent.

C'est ainsi que le Dr Petit rapporta à la Société Anatomique en 1903 un cas de péritonite par rupture de la vessie, consécutive à l'obstruction de l'urètre par des calculs chez le chien. Ce n'était pas un fait d'expérimentation. Cette coïncidence de calculs vésicaux chez le chien, cet animal ayant paraît-il une prédisposition à la calculose, permit au rapporteur d'étudier et de montrer qu'une cystite assez marquée peut suffire pour provoquer une perforation lorsque la vessie se distend. Chez ce chien l'urètre fut obstrué par des calculs trop volumineux. La vessie distendue se rompit, déterminant une péritonite suivie de mort rapide. L'autopsie montra une péritonite suraiguë : Epanchement ascitique assez abondant ; coloration rouge vif de la séreuse de l'intestin. La vessie, rétractée offre à la vue une teinte

rouge sombre. A son voisinage : de petits calculs et une déchirure irrégulière, béante dans laquelle peut passer un agitateur de verre. La muqueuse est enflammée, recouverte de calculs blancs. C'était par ailleurs une calculose uniquement vésicale, les reins ne renfermant aucune formation calculeuse. Le mécanisme qui a présidé à cette rupture de vessie chez le chien calculeux est celui que l'on rencontre chez les rétrécis blennorragiques qui, eux aussi, peuvent perforer leur vessie spontanément.

2. *Péritonite par perforation vésicale chez les rétrécis.* — Guyon considérait ces ruptures de vessie chez les rétrécis comme exceptionnelles car, disait-il, la vessie des rétrécis reste le plus souvent puissante et sa musculature assure sa complète évacuation, même à travers la filière étroite d'un rétrécissement prononcé.

Cependant en 1895, le Dr Michel et M. G. Gross rapportaient à la Société de Médecine de Nancy un cas de rupture de vessie chez un rétréci dont nous relatons par ailleurs l'observation complète.

3. *Péritonite par perforation vésicale au cours de cystite.* — Audry, Dittel ont vu la rupture se produire une fois au cours de grands lavages de MNO₄K chez un blennorragique présentant de la cystite.

Pousson dans son Mémoire paru en 1885 rapporte le cas de rupture qui se produisit entre les mains si prudentes et si expertes du professeur Guyon. Il s'agissait d'un malade atteint de cystite et dont les parois vésicales étaient hypertrophiées.

Uhlmann a vu cette rupture se produire avec une quantité de liquide variant entre 100 et 200 grammes, dans une cystite banale.

4. *Péritonite par perforation vésicale d'un ulcère.*

— En 1901 M. Le Fur consacre sa thèse aux ulcères de la vessie, déjà étudiés, en 1836 par Mercier qui les localise au fond d'une cellule vésicale ; en Angleterre par Lawson en 1870, Barttet et Oliver ensuite. L'auteur parle de l'ulcère perforant de la vessie et de péritonite qui lui fait suite. Il décrit à côté de l'ulcère simple chronique qui fait penser à la tuberculose ou au néo, affections qui d'ailleurs peuvent s'y greffer, un ulcère simple aigu. Cette ulcération peut revêtir le type gangréneux ou perforant d'emblée. Aucun signe clinique n'apparaît jusqu'au jour où l'ulcération manifeste sa présence par une des deux complications possibles : hémorragie ou perforation.

La péritonite ainsi engendrée peut ne pas se manifester par des signes bruyants, toute la symptomatologie se traduisant par des phénomènes d'intoxication. Aussi, d'après l'auteur, en raison de la latence de l'ulcère, la péritonite aurait souvent été attribuée par des auteurs à une rupture spontanée de la vessie.

Plus récemment, on retrouve dans le *journal d'Urologie* de 1913 une observation d'ulcère perforant avec péritonite consécutive rapportée par Lefèvre de Bordeaux. Les signes d'intoxication prédominaient, pas de réaction péritonéale. Le dia-

gnostic ne fut pas fait. L'autopsie a montré qu'il s'agissait d'une perforation de la forme d'une pièce de 50 centimes, à la partie postérieure de la vessie.

5. *Péritonite par perforation d'un diverticule de la vessie.* — En mai 1898 le professeur G. del Grecco rapporta à l'Academia Medicofisica Fiorentina le cas d'un malade qui aurait fait une perforation vésicale après une intervention ne portant pas sur les voies urinaires. Le malade présente alors une péritonite subaiguë, on fait le diagnostic positif et étiologique de l'affection en cause, on met une sonde à demeure et le malade guérit. Il n'y a pas eu de vérification du diverticule par la suite, par la cytoscopie par exemple et on reste un peu étonné d'une évolution aussi heureuse. La guérison est survenue au bout de quatorze jours.

Dans l'*Encyclopédie française d'Urologie* on mentionne 5 cas de péritonite par perforation de diverticules vésicaux, publiés par Lambert.

6. *Péritonite par perforation vésicale chez les prostatiques.* — Duluc en 1888 cite un cas de péritonite mortelle survenue chez un vieillard atteint de rétention chronique d'urine et soumis depuis longtemps à l'usage de la sonde. Il n'y eut pas d'autopsie et l'auteur pense qu'une petite perforation a déterminé une infiltration d'urine dans le tissu cellulaire péri-vésical provoquant une péritonite amenant la mort après vingt-quatre jours.

Rosenstein a observé la rupture de la vessie distendue par des gaz au cours d'une opération de

Bottini pour l'hypertrophie de la prostate.

7. *Péritonite par perforation vésicale au cours de la lithotritie.* — Paschkin en 1911 rapporte trois cas de rupture de la vessie avec péritonite au cours de la lithotritie. Or Rouvillois et Ferron dans l'*Encyclopédie Française d'Urologie* indiquent nettement que ces ruptures au cours de la lithotritie ou du cathétérisme ne se comprennent pas dans les conditions normales. Mais ils les conçoivent fort bien chez les vieux urinaires et chez les paralytiques.

Et ceci nous amène à signaler les cas de rupture de la vessie avec ou sans péritonite, signalés par Raymond, Morel, Herting, Posner, Edel à la suite de dégénérescence hyaline de l'organe surtout chez les P. G.

Hedren cite des cas de lipomatose diffuse aboutissant au même résultat. Le tissu graisseux s'était infiltré partout dans la couche musculaire et dans la muqueuse, en particulier au niveau de la zone de rupture.

B. — Péritonites dues aux perforations spontanées des voies urinaires supérieures : Rein, Bassinet, Uretère.

1° *Rein et Bassinet.* — Parmi les auteurs modernes on rencontre peu d'observations entrant dans ce cadre. Il semble qu'on puisse l'expliquer par la précocité des interventions chirurgicales pour les tumeurs suppurées de la région lombaire.

Bonnet fut l'un des premiers à signaler cette complication. Mais c'est Rayer qui le premier rapporta dans son *traité des Maladies des Reins* en 1839 quelques observations de péritonite par perforation au cours de pyonéphroses ; de pyélites suppurées et de périnéphrites. Une de ces observations notamment figure sous le nom de *fistule réno-péritonéale*, montrant ainsi combien la péritonite, peut revêtir dans ces cas une forme latente. Le malade porteur de cette lésion avait été observé par Dupuytren, et Rayer rapporta son histoire. A ce sujet Le Dentu, dans son *Traité des Affections Chirurgicales des Reins*, s'exprime ainsi : « Ce terme ne serait légitimement applicable qu'au cas où la péritonite, résultat de cette communication anormale aurait eu une marche chronique. » C'est en effet ce qui paraît s'être produit chez ce malade.

L'autopsie révéla une perforation siégeant non pas au niveau du rein ni du bassinet mais à la partie supérieure de l'uretère et communiquant avec la cavité péritonéale qui renfermait une certaine quantité de liquide purulent.

Le Dentu signale comme plus fréquente que la péritonite latente la péritonite suraiguë et fait allusion aux cas rapportés par Gardien et Daga dans le *Bulletin Médical* du Nord de la France en 1864. Il ajoute cependant que cette complication est des plus rares.

Lemoine en 1863 publie dans *l'Union Médicale*, tome XVIII, une curieuse observation rappelant celle

de Dupuytren et Royer. Le malade qui mourut par suite de la communication du foyer rénal et de la cavité péritonéale n'avait jamais présenté au cours de la maladie aucun symptôme qui put faire penser à une péritonite.

Colin, dans sa thèse, en 1876 : « Contribution à l'étude de la néphrite suppurative » montre que quand cette affection évolue vers le péritoine une péritonite s'ensuit provoquant rapidement la mort.

Labadie-Lagrave, dans son traité des Maladies des reins, mentionne la terminaison de la pyélite ou du phlegmon périnéphrétique par péritonite suraiguë à la suite de l'ouverture de la collection suppurée du bassinet dans le péritoine.

En 1899 Rocher de Bordeaux rapportait à la Société d'Anatomie et de Physiologie de cette ville une observation analogue aux précédentes : il s'agissait d'une uropyonéphrose rompue dans le péritoine. Le malade mourut avec des signes de péritonite généralisée, mais un trauma aurait provoqué cette rupture dans le péritoine ;

2° *Uretère*. — L'uretère peut être aussi le siège d'une perforation intéressant le feuillet péritonéal postérieur.

Dans l'Encyclopédie Française d'Urologie, on signale l'existence de péritonite à la suite de perforation de l'uretère, soit par un corps étranger, soit même par une sonde urétérale.

Le cathétérisme urétéral pourrait provoquer cet

accident chez des malades atteints de lithiase. Chez ceux-ci, en effet, l'uretère, au lieu d'être résistant, peut avoir des parois amincies par le contact d'un calcul. Celui-ci peut se creuser une caverne dans les parois de l'uretère, réduit alors à une mince lame conjonctive.

En 1908, Léonard signalait à la LIX^e session de l'Association Médicale Américaine tenue à Chicago, les dangers du cathétérisme urétéral chez les malades porteurs de calculs de l'uretère. Il disait notamment : « J'ai eu la malchance de voir trois cas dans lesquels des essais de cathététisme de l'uretère ont causé sa perforation dans le péritoine ; chez un autre malade le calcul fut refoulé contre la paroi de la vessie qu'il ulcéra et dans laquelle il s'échappa ».

Au cours des interventions faites sur l'uretère pour des calculs enchâtonnés, il a été, en effet, facile de se rendre compte combien ces corps étrangers altèrent les parois de l'uretère pour s'y creuser une poche. Ils s'y enclavent et peuvent l'ulcérer. Ces calculs migrants ont été particulièrement étudiés par Tuffier et Marion. Dans leur mouvement de descente vers la vessie, ces calculs peuvent quelquefois provoquer la naissance d'adhérences qui empêcheront la pénétration du calcul et de l'urine dans le péritoine.

En résumé, nous avons dans ce chapitre signalé des faits assez nombreux de péritonite par perforation spontanée des voies urinaires chez des urinaires avérés. La symptomatologie a été des plus variables

avec chaque cas. Nous devons donc en tenir compte dans notre étude clinique, surtout basée sur les observations recueillies à l'hôpital Necker dans le service du professeur Legueu.

ÉTUDE CLINIQUE

Les péritonites par perforation spontanée des voies urinaires peuvent se rencontrer à tous les âges. Elles sont en cela commandées par l'étiologie qui ne peut être la même pour l'adulte et pour le vieillard.

La femme paraît moins exposée à cette complication que l'homme.

Etiologie

Nous ne saurions ici faire un chapitre complet d'étiologie sans entrer dans des redites.

Nous venons en effet, dans notre historique, de passer en revue la plupart des causes de ces péritonites par perforation spontanée des voies urinaires.

1° *Vessie*. — Cependant à côté des faits cités de calcul, de diverticule vésical, etc... nous signalerons comme cause de perforation et de péritonite consécutive : le néoplasme vésical.

Nos observations, dans ce cas, ne portent que sur des malades non soumis au traitement de la haute fréquence.

La péritonite et la mort sont les résultantes naturelles de la perforation de la vessie par néoplasme.

Dans certains cas il y a eu stade intermédiaire de péricystite.

A la suite de prostatectomie, surtout quand il existe une suppuration même légère d'un des lobes, on pourra voir évoluer une péricystite qui pourra s'ouvrir dans le péritoine. D'autres fois ces perforations vésicales avec péritonite se produiront chez des malades se sondant depuis un temps plus ou moins long. Doit on faire une place plus large, dans la production de la lésion, à la sonde mal maniée ou à la progression naturelle de l'infection au niveau d'un organe malade devenu plus friable ? Nous penchons plutôt pour la seconde hypothèse.

2° *Voies urinaires supérieures.* — Ce sont surtout les uropyonéphroses, les phlegmons périnéphritiques, les abcès de pyélonéphrite, qui en se rompant dans la grande cavité péritonéale déterminent la redoutable complication qu'est la péritonite.

Symptomatologie

Y a-t-il un signe ou des signes vraiment éclatants signant sûrement la péritonite subaiguë, la plus fréquente au cours des perforations spontanées des voies urinaires ? on peut répondre sans hésitation : non.

On retrouve quelques phénomènes, plus ou moins marqués comme les modifications du pouls, la marche de la température, l'existence d'une douleur au début de la péritonite ; mais ce sont là des signes

trop inconstants pour créer la symptomatologie définitive de cette complication.

Peut-être pourrait-on trouver dans l'étude de la tension artérielle, quelque chose de plus précis puisque dans toutes nos observations les malades étant des infectés la péritonite a évolué sans marquer sa présence par un signe physique de quelque intérêt.

Si dans les observations relatées antérieurement à nous il y a des cas où le diagnostic de péritonite par perforation a pu être fait, on ne peut dire que ce soit là une règle et que toujours les signes de péritonite apparaissent. Ce serait là une grosse erreur.

Il faut au contraire se dire que les signes qui trahissent cette complication sont le plus souvent réduits à rien ou presque rien. Il faut donc toujours y penser devant ces malades qui présentent des troubles sérieux du côté de leurs voies urinaires et qui sans raison apparente nette semblent devenir tous les jours plus infectés malgré tous les moyens mis en œuvre.

Aussi notre symptomatologie sera-t-elle des plus variables selon les cas envisagés. Elle pourra aller du tableau de la péritonite suraiguë jusqu'à celui de l'infection sans aucun trouble péritonéal en passant par celui de la péritonite subaiguë évoluant vers la mort.

I. — Ruptures en péritoine libre déterminant une péritonite aiguë généralisée à signes nets

a) *Vessie*. — Dans ce cas, le début est le plus souvent marqué par une crise de rétention. En effet le malade urine mais « il urine surtout dans son ventre » et le cathétérisme est nécessaire.

En même temps des signes fonctionnels apparaissent :

Douleur : plus ou moins considérable localisée au niveau de l'hypogastre irradiant dans tout l'abdomen. Le plus souvent, elle survient brusquement. Elle est violente et, après un début paroxystique, s'apaise mais demeure continue.

Un *malaise général* s'instaure.

De *l'agitation*.

Des *vomissements*.

De *faux besoins d'uriner* avec émission de quelques gouttes de sang seulement.

Il existe alors un vrai facies péritonéal concordant avec les signes physiques :

Contracture généralisée de l'abdomen, œdème de la paroi abdominale au niveau de l'hypogastre.

Les signes généraux montrent un pouls à 100, petit et une température qui s'élève brusquement à 40°.

Evolution. — Dans des cas aussi nets si une intervention immédiate n'est pas pratiquée, en l'espèce une laparotomie, le malade meurt en quelques jours.

Quelquefois, si l'intervention est trop tardive, l'évolution se fait tout se même vers la mort.

b) *Rein.* — Comme le montre l'observation que nous empruntons au D^r Rocher de Bordeaux, lorsqu'un rein suppuré se rompt dans le péritoine il existe une poussée de péritonite généralisée avec le tableau clinique que nous venons d'exposer. Diagnostic donc facile.

Dans nos conclusions nous noterons qu'ici il existe bien une poche pyonéphrotique ouverte dans le péritoine mais la malade, qui présentait des troubles graves (nous ignorons lesquels), et qui avait dû être transportée à l'hôpital, a fait en cours de route une chute.

La rupture de la poche est-elle la conséquence de la chute ? Nous serions tentés de le croire d'après le rapport du D^r Rocher.

II. — Rupture de la vessie déterminant une péritonite généralisée à forme subaiguë

Il s'agit alors le plus souvent de prostatique en rétention complète depuis un temps plus ou moins long et soumis à l'usage de la sonde.

Le début est marqué chez ces malades par *une douleur vive, brusque, siégeant à l'hypogastre, irradiant dans tout l'abdomen, accompagnée d'une seule miction spontanée* ; fait curieux, le malade étant en rétention complète depuis plusieurs années.

A la période d'état, au bout de cinq à six jours, le malade accuse des troubles profonds.

Facies péritonéal.

Vomissements.

Frissons répétés.

Agitation et insomnie.

Tandis que le pouls se maintient au-dessus de 100, et que la température fait des oscillations entre 39 et 38 degrés.

Les signes physiques apparaissent progressivement et sont caractérisés par une contracture généralisée de l'abdomen ; de l'œdème au niveau de l'hypogastre.

Evolution. — Dans ce cas, l'évolution est plus lente, mais elle se fait toujours vers la mort entre le 20^e et le 30^e jour, si une intervention précoce n'est pas tentée.

III. — Péritonite par perforation spontanée de la vessie avec signes d'intoxication

D'autres fois, comme dans le cas rapporté par M. Lefèvre de Bordeaux, la péritonite évolue sans signes positifs nets, mais le malade présente des signes d'intoxication profonde.

Le début est brutal par une douleur abdominale prenant naissance au niveau de l'hypogastre et irradiant vers l'ombilic. La douleur est vive, puis s'apaise en se généralisant, mais persiste.

Rétention complète avec faux besoin d'uriner.

La température est normale.

Le pouls est précipité, battant aux environs de 100, il est petit.

L'examen local peut parfois montrer une légère contracture périombilicale, mais il y a là plus souvent du météorisme abdominal dès le début.

Les signes généraux sont peu marqués.

En général, il existe plutôt une tendance à la somnolence, à l'abattement.

Etat. — A la période d'état les signes fonctionnels présentent une certaine gravité. Il y a une exagération manifeste de cette tendance au sommeil. L'agitation n'est pas constante ; mais par période elle est plus marquée qu'au début, rappelant cette agitation si caractéristique des urémiques. La langue devient sèche. La soif est ardente. Le malade reste très présent cependant. Le pouls s'accélère, dépasse souvent 100, l'ébauche d'hypertermie progressivement ascendante se déclanche. Il existe des vomissements répétés. L'état local est modifié. Le malade n'arrive toujours pas à avoir de mictions. On le sonde plusieurs fois par jour, mais il est difficile de percevoir un globe vésical nettement limité, car toute la région de l'hypogastre est tendue, peu dépressible. La percussion révèle de la matité en général ; quelquefois cependant la sonorité fait place à la matité, sans doute par l'interposition d'anses intestinales. S'il y a eu au début un peu de contracture,

celle-ci disparaît totalement. Les douleurs abdominales se calment.

L'examen plus complet montre qu'il existe du myosis. La dyspnée, les vomissements, la diarrhée, l'albumine font partie du tableau clinique qui à la période terminale, peut être réduit au coma, exagération de la somnolence apparue dès le début.

Il y a un certain nombre d'explorations classiques à faire pour voir s'il s'agit bien de péritonite par perforations vésicales. Nous les énumérerons, mais nous mentionnerons qu'en pratique, on a peu recours à ces explorations qui paraissent d'ailleurs complexes à interpréter et qui pourraient à la rigueur présenter quelque intérêt si au lieu d'une perforation, il existait un véritable éclatement du réservoir vésical.

Au cours du sondage, on peut enfoncer la sonde très loin jusque dans le péritoine, ramenant de l'urine alors qu'elle atteint une grande profondeur.

Morel a attiré l'attention sur ce signe « immobilité du contenu vésical ». La quantité d'urine évacuée par plusieurs cathétérismes espacés est constamment la même ou très sensiblement en dépit du temps écoulé, car la contenance vésicale est constante, le trop plein de l'urine s'écoulant dans le péritoine par la brèche.

Morel a signalé un autre signe : instantanéité de la réplétion vésicale.

Après avoir sondé le malade, si celui-ci est mis

debout quelques instants, l'urine contenue dans le péritoine remplit à nouveau la vessie et le cathétérisme répété ramène à nouveau de l'urine.

Le toucher rectal, souvent douloureux à cette période, pourra permettre de sentir une collection dans le cul-de-sac vésico-rectal.

Evolution. — Ces cas se rapprochent, et par leur symptomatologie et par leur évolution des perforations intrapéritonéales de la vessie par traumatisme.

La septicité de l'urine n'est pas suffisante pour déterminer une péritonite purulente.

L'évolution est mortelle si on n'intervient pas, mais la laparotomie et surtout le drainage de la vessie dès le début de l'affection peut modifier totalement le pronostic.

IV. — Péritonite par perforation spontanée des voies urinaires sans signes cliniques

Dans nos observations les malades sont, en effet, morts le plus souvent sans qu'aucun signe clinique important n'ait traduit la possibilité d'une péritonite.

Quelquefois un frisson, une douleur, une élévation thermique, un pouls précipité ont pu nous montrer que le malade faisait une complication. Mais l'examen physique ne donnait absolument rien.

Aussi cette forme assez fréquente, puisque nous en avons trouvé en quelques années 15 cas, doit

être présente à l'esprit du clinicien qui verra un urinaire avéré présenter de petits troubles d'infection. C'est en y pensant systématiquement qu'on découvrira cette complication et qu'on pourra, dans certains cas, par un traitement approprié, changer l'évolution si terrible de la péritonite.

Diagnostic

a) *Positif*. — Celui-ci variera avec les diverses formes que nous avons exposées.

Dans les deux premiers cas il y a une péritonite franche, aiguë ou subaiguë.

Le facies péritonéal apparaît un peu tardivement, mais dès le début la douleur et surtout la contraction abdominale permettront de poser un diagnostic ferme.

Dans le troisième cas, les signes de péritonite font défaut. L'examen physique ne montre rien et c'est bien sur lui surtout que repose le diagnostic de péritonite.

On se basera alors sur ces signes d'intoxication si nets concordant avec une douleur vive, brusque, une rétention complète d'urine.

Dans le dernier cas enfin, jusqu'ici on ne peut donner un signe, un seul pouvant permettre un diagnostic positif.

L'examen physique ne révèle rien.

L'examen fonctionnel montre quelques troubles

qui n'ont rien de pathogénomique provoqués par l'urée croissante dans le sang.

Le malade est un infecté. La marche de l'infection est plus rapide parce que le péritoine a un pouvoir absorbant considérable.

b) *Différentiel*. — Quand la péritonite est franche comme dans les deux premiers cas que nous avons envisagés, il n'y a pratiquement pas de diagnostic différentiel. L'allure bien particulière de la péritonite par perforation ne permet pas le doute. Mais nous verrons tout à l'heure que dans ce cas le diagnostic étiologique est plus embarrassant.

Dans la forme sans réaction péritonéale, il faudra éliminer toutes les affections médicales douloureuses : Coliques hépatiques ou néphrétiques ; crises gastriques du tabès ; coliques de plomb.

Ces diagnostics seront bien faciles à éliminer en se rapportant à l'anamnèse.

Chez la femme il faudra éliminer l'hématocèle avec son syndrome d'hémorragie, car il n'y a pas non plus ici de contracture abdominale nette.

Si on pense à la hernie étranglée on aura tôt fait de l'éliminer.

Il en sera de même de l'occlusion intestinale.

A la période terminale, ce peut être un diagnostic de coma mais devant des troubles urinaires, on n'hésitera pas à attribuer à l'urémie ce qui lui revient.

Enfin dans la forme que nous avons surtout observée, les malades meurent en urémie vraie. Il n'y

a pas de tableau clinique bien spécial qui puisse permettre un diagnostic différentiel.

c) *Diagnostic étiologique.* — Dans les formes où le diagnostic positif peut se poser, le problème se résout ainsi :

1° Dans un premier cas il y a une péritonite aiguë ou subaiguë.

Par son début, par sa marche, on peut dire que c'est une péritonite par perforation.

Quel est l'organe lésé.

Il faudra donc surtout éliminer la péritonite par ulcus gastrique et la péritonite appendiculaire.

Dans ces deux cas la péritonite revêt une forme plus dramatique. Les signes urinaires sont réduits au minimum :

Il y a souvent un passé qui éclaire sur l'origine de la lésion ;

Plus rarement on incriminera une péritonite génitale chez la femme ;

Une cholécystite aiguë ;

Une péritonite par perforation biliaire.

La péritonite due à une perforation typhique sera plus facile à éliminer étant donné la notion de fièvre typhoïde en cours.

Pour pouvoir affirmer qu'il s'agit d'une perforation siégeant au niveau des voies urinaires on utilisera les signes plus particuliers à cette localisation.

Au niveau de la vessie. — La rétention est constante. La douleur siège sur'out au niveau de l'hypo-

gastre pour irradier ensuite vers les fosses lombaires et vers l'appendice xyphoïde.

Au niveau du rein. — La perforation intrapéritonéale ne se produit que lorsqu'il s'agit d'une affection septique, purulente le plus souvent.

La localisation au niveau de la région lombaire du début de la douleur n'aura rien de bien caractéristique. Mais c'est surtout la notion d'une masse dans un des hypocondres, la connaissance de phénomènes pathologiques rénaux qui feront faire la vraie localisation de la perforation.

2° Dans un second cas il y a bien une péritonite mais il n'y a que des signes d'infection.

a) Ou on est en présence d'un malade atteint déjà d'une affection urinaire et on devra penser, devant les signes toxiques ainsi révélés, qu'il peut s'agir d'un ulcère simple de la vessie, d'un ulcère syphilitique de la vessie, d'un prostatique ou d'un rétréci qui vient de perforer sa vessie dans le péritoine ;

b) Ou bien on ignore que le malade est un urinaire ; on constate les signes d'intoxication profonde.

On fait le diagnostic d'urémie sans pouvoir bâtir une étiologie qui conduirait à la péritonite par perforation spontanée si on n'a pas présent à l'esprit la possibilité de cette péritonite sans signes physiques.

Dans le dernier cas, le diagnostic ne repose sur aucun signe sérieux, mais on sait que le malade est un urinaire, on sait qu'il présente :

Soit un néo vésical ;

Soit une hypertrophie ou un néo-prostatique ;

Soit un diverticule vésical ;

Soit un calcul vésical ;

Soit une pyonéphrose assez volumineuse, etc...

De sorte que le fait de constater la progression du syndrome infectieux, l'élévation du taux de l'urée sanguine devra éveiller l'idée d'une péritonite possible.

Plus tard on pourra peut-être révéler le signe qui donnera une certitude.

Traitement. — Il sera plus aisé de jeter les bases d'un traitement chirurgical correspondant à chaque cas particulier.

On peut dire que dans tous les cas où on fait le diagnostic, la laparotomie s'impose.

Les résultats pourront être bons dans les cas de péritonite confirmée, si on opère assez tôt on essaiera au niveau de la vessie de fermer la brèche si on peut être en tissu sain sans faire de cystectomie partielle trop prononcée ; si non on se contentera de drainer le réservoir vésical par une sonde à demeure.

Les résultats pourront être excellents quand on opérera assez tôt ces péritonites à signes infectieux.

Quand enfin la symptomatologie ne se traduit par aucun signe net il est bien dangereux d'intervenir, d'ouvrir un péritoine avec des idées de présomption seulement, d'autant plus qu'en l'espèce il s'agit là plus souvent de vieux urinaires incapables de faire les frais d'une telle intervention ; cependant dans le cas de calcul vésical, de diverticule rompu, de péri-cystite assez facilement diagnostiquée rompue dans

le péritoine, la laparotomie devrait être tentée si une douleur, un frisson, des signes d'infection venaient à se déclancher sans qu'on ait l'explication de ces phénomènes.

En dehors de cela si la péritonite ne se traduit par aucun signe, aucun malaise pour aboutir à la mort en peu de temps, on ne peut qu'avouer son impuissance en espérant pouvoir faire mieux dans un avenir rapproché.

Telles sont les conceptions qu'on peut se faire des péritonites par perforation chez les urinaires lorsqu'on parcourt la littérature médicale.

Dans les cas que nous avons observés, la péritonite, pour ainsi dire toujours, passe inaperçue au milieu des symptômes de l'infection urinaire ou d'une autre complication : et à la vérité elle apparaît le plus souvent à la lecture de nos observations beaucoup moins comme une complication chirurgicale que comme une curiosité anatomique.

Ne s'étant pas manifestée par des signes cliniques elle n'a jamais été diagnostiquée ; l'eût-elle été qu'on n'eût pu intervenir avec quelques chances de succès que dans des cas tout à fait exceptionnels, tant à cause de l'état général du patient que des lésions locales responsables de la perforation auxquelles, dans la plupart des cas, il eût été impossible d'opposer un traitement efficace.

Aussi n'est-ce pas d'après leur allure clinique, mais suivant leurs causes que nous allons grouper les observations que nous avons recueillies et qui toutes

proviennent du service du professeur Legueu à l'Hôpital Necker.

1° Cancer ;

2° Lithiase ;

3° Cystite et infections.

OBSERVATION I (inédite)

(Due à l'obligeance du D^r Verliac.)

R..., 54 ans, hospitalisé salle Velpeau pour des troubles dysuriques qu'on attribue à un néoplasme prostatique meurt le 8 décembre 1913 après avoir présenté des phénomènes pulmonaires étiquetés bronchopneumonie.

A l'autopsie : on trouve de la bronchopneumonie et de la pleurite adhésive de la base droite, de la congestion de la base gauche, de l'hypertrophie et de la dilatation cardiaque, un foie gros.

La cavité péritonéale est le siège d'une péritonite purulente et plastique généralisée caractérisée par la présence d'une couenne jaune verdâtre recouvrant les anses intestinales et d'un demi-litre de pus verdâtre franc. Cette péritonite paraît consécutive à la perforation de la face postéro-supérieure de la vessie. Cette perforation petite s'est produite au centre d'un volumineux néoplasme vésical qui infiltre totalement la paroi à ce niveau au-dessus et en arrière de la bandelette inter-urétérale. Le reste de la vessie présente des colonnes et des cellules : au niveau du col, hypertrophie des deux uretères et les bassinets sont dilatés et pleins de pus ; la substance rénale atrophiée et purulente est entourée d'une coque volumineuse de périnéphrite fibro-adipeuse. Volumineux ganglions latérovésicaux.

En résumé : cancer de la face postérieure de la vessie ayant envahi progressivement et perforé la paroi vésicale. Péritonite purulente généralisée dont l'évolution a été masquée par l'évolution de la broncho-pneumonie terminale.

OBSERVATION II (inérite)

(Due à l'obligeance du Dr Verliac.)

P... 56 ans, hospitalisé salle Velpeau avec le diagnostic de cancer de la vessie et des troubles de rétention auxquels il remédie par le sondage qu'il pratique lui-même. Il paraît très affaibli et meurt le 3 janvier 1915.

A l'autopsie, on trouve du pus dans le péritoine et sur la face postérieure de la vessie une perforation de la dimension d'une pièce de cinquante centimes. Sur la vessie ouverte, on constate que cette perforation siège au centre d'un néoplasme qui occupe la face postérieure de la vessie et le trigone et qui a envahi et détruit toute l'épaisseur de la paroi vésicale.

La rupture dans ce cas est manifestement liée à la destruction de la paroi par le néoplasme sans qu'on puisse dire si le malade n'y a pas ajouté un élément traumatique en se sondant lui-même.

OBSERVATION III (inérite)

(Due à l'obligeance du Dr Verliac.)

P... A., 59 ans, est soigné à Necker salle Velpeau pour un rétrécissement de l'urètre serré (n° 6) avec infection urinaire à laquelle il paraît succomber le 5 mars 1919.

A l'autopsie, rien de particulier dans la cage thoracique. L'abdomen est le siège d'une péritonite purulente et plastique généralisée due à une perforation arrondie du sommet de la vessie des dimensions d'une pièce de 1 franc. Cette perforation siège à la partie supérieure d'un néoplasme vésical bourgeonnant, sphacélé, qui occupe la plus grande partie de la paroi vésicale. Les reins sont de volume normal, mais parsemés de nodules néoplasiques. La région prostatique de l'urètre est largement dilatée au-dessus d'un rétrécissement très serré de la région bulbaire avec épaissement très marqué des parois.

Il s'agit, dans ce cas, d'une perforation spontanée de la vessie au niveau d'un néoplasme qui envahit toute l'épaisseur de la paroi. Cette rupture a certainement été facilitée par l'existence d'une rétrécissement serré de l'urètre et de la rétention qui en a été la conséquence. Elle a évolué, entièrement masquée par les signes d'infection rétro-stricturale.

OBSERVATION IV (inédite)

Due à l'obligeance du D^r Verliac

L. R..., 67 ans, a été soigné salle Velpeau à différentes reprises depuis le mois de mars 1917, pour des troubles de rétention liés à un rétrécissement, peu serré. Il vient mourir urémique le 15-11-1920.

A l'autopsie, on constate l'existence d'une péritonite purulente généralisée à maximum dans le petit bassin.

Les reins sont atteints de néphrite aiguë avec pyélonéphrite ancienne. La vessie, petite, est recouverte de fausses

membranes qui tapissent son sommet et sa face postérieure; immédiatement en arrière du sommet et un peu à gauche de la ligne médiane se trouve une perforation lenticulaire.

Ouverte, la vessie montre en plus des lésions de cystite et d'une malformation du bas-fond une énorme tumeur cancéreuse qui rend extrêmement épaisses les parois antérieure et postérieure; au milieu de cette tumeur, au sommet de la vessie, se trouve une grande et profonde ulcération dont le centre répond à la perforation vue extérieurement,

L'urèthre prostatique est très dilaté; à deux centimètres au-dessous du véru montanum se trouve un rétrécissement constitué par une bride médiane fibreuse saillante dont l'extrémité se divise en deux brides latérales gagnant obliquement la paroi supérieure.

Ici la péritonite a évolué sous l'aspect urémique. Et la perforation de la vessie néoplasique a été certainement favorisée par l'hyperpression rétrostricturale due au rétrécissement de l'urèthre.

Dans les observations que nous venons d'exposer, la perforation de la vessie a toujours lieu au centre de la tumeur néoplasique. C'est au point où la substitution de la tumeur à la paroi est la plus complète; elle peut être spontanée, probablement à la suite d'efforts ou d'une tension plus marquée du réservoir vésical, notamment chez les rétentionnistes par hypertrophie ou néoplasme de la prostate ou par rétrécissements.

D'autres fois, enfin un traumatisme pourra provoquer la perforation au niveau de la paroi vésicale devenue très fragile par l'évolution du néoplasme.

OBSERVATION V (inédite)

Due à l'obligeance du Dr Verliac

L. R..., 35 ans, entre dans le service du Professeur Legueu, salle Laugier, avec une histoire de pyélonéphrite lithiasique droite ayant donné naissance à un phlegmon périnéphrétique. Une incision pratiquée dans le flanc droit donne issue à une certaine quantité de pus ; néanmoins, la malade, dont l'état infecté paraissait très précaire, succombe le 28-10 19.

A l'autopsie, on constate l'existence d'une péritonite purulente généralisée avec gros épanchement purulent dans le petit bassin. Le rein gauche est au niveau du pôle inférieur le siège d'un calcul du volume d'une cerise au milieu d'une masse de pus qu'entoure une mince coque rénale atrophique. Même lésion autour d'un petit calcul logé dans un calice de la partie moyenne antérieure. Gros uretère sinueux et dilaté.

Le rein gauche est petit, appliqué contre la colonne vertébrale, entouré d'une épaisse couche de périnéphrite fibreuse : celle-ci présente une perforation au milieu du bord externe du rein, perforation qui mène dans un foyer purulent intrarénal.

Fendu, le rein montre un parenchyme atrophié circonscrivant des cavités dilatées, leucoplasiques et purulentes : plusieurs pyramides sont ainsi remplacées par des abcès entourés de tissu fibreux. C'est un de ces foyers qui, à la faveur de la périnéphrite fibreuse, s'est ouvert au dehors, non pas dans l'atmosphère périrénale, mais directement dans la péri-

toine : l'ouverture pratiquée dans le flanc avait ouvert, en effet, le péritoine lui-même.

Ce cas est fort intéressant comme pathogénie ; il l'est aussi au point de vue du traitement ; il se trouve que, dans ce cas, malgré l'erreur de diagnostic, le traitement s'est bien adressé à la localisation infectieuse en cause. La péritonite a été ouverte et drainée. Mais elle l'a été insuffisamment et nous pouvons en inférer que, lorsque nous ferons le diagnostic de péritonite par perforation, nous devons recourir à une intervention large si nous voulons avoir quelque chance d'en obtenir un résultat favorable.

OBSERVATION VI (inédite)

(Due à l'obligeance du D^r Verliac)

V..., 69 ans, hospitalisé salle Velpeau pour lithiase infectée de la vessie, subit une cystostomie et meurt le 14 octobre 1914.

A l'autopsie, on trouve une péritonite purulente généralisée caractérisée par la présence de pus sur les anses intestinales et le mésentère. L'épiploon collé du sommet de la vessie, limite avec la vessie une cavité purulente qui laisse filtrer du pus. Cette cavité communique par une perforation arrondie avec la cavité vésicale dans laquelle il n'y a plus de calcul.

En résumé : perforation vésicale au cours d'une cystite calculeuse donnant naissance à une péricystite suppurée qui se rompt secondairement dans le péritoine, le tout évoluant sous le masque d'une

infection que la cystostomie ne jugule pas, mais sans signes attirant l'attention sur le péritoine.

OBSERVATION VII

Due à l'obligeance du D^r Verliac

D. J..., 56 ans, entre mourant à l'hôpital avec le diagnostic d'infection urinaire probable et meurt sans qu'on ait fait aucun diagnostic.

A l'autopsie, on trouve une péritonite purulente généralisée consécutive à l'ouverture dans le péritoine d'un phlegmon périnéphrétique gauche. Ce phlegmon périnéphrétique est lui-même consécutif à une rupture du bassinet lithiasique infecté il s'étend du diaphragme au rebord du petit bassin et c'est en ce point externe et inférieur que la collection s'est ouverte dans le péritoine par un orifice de la dimension du pouce. Du côté droit, énorme pyonéphrose.

Ici la péritonite suppurée a été la localisation terminale d'une infection purulente d'abord rénale, puis périnéphrétique. Rien de bien étonnant à ce que cette localisation n'ait pas influé sur le tableau clinique et attiré l'attention sur le péritoine.

Dans ces observations nous avons signalé la perforation après lithiases rénale et vésicale. Il est assez curieux de voir l'évolution se produire même après l'ablation du calcul. Celui-ci détermine donc une escarre qui s'éliminera graduellement jusqu'au moment où le sphacèle atteignant toutes les couches de la vessie provoque la perforation complète de l'organe.

C'est donc en réalité l'infection qui détruit la paroi.

OBSERVATION VIII (inédite)

Due à l'obligeance du Dr Verliac

D. J. . . , 61 ans, salle Velpeau, n° 10 ; est entré le 28 déc. 1922, pour des troubles dysuriques avec un résidu de 40 centimètres cubes, une constante de 0,101 avec une azotémie de 0,546 et une température normale.

Le 5 janvier 1923, prostatectomie d'une prostate à 2 lobes de 25 grammes.

Après l'intervention, la température monte progressivement jusqu'à atteindre plus de 40 degrés le 9 janvier, elle redescend progressivement pour atteindre la normale le 18 janvier ; et c'est dans l'apyrexie que le malade meurt, le 22 janvier.

A l'autopsie, la face antérieure de la vessie est le siège d'une suppuration gangréneuse qui se prolonge vers la gauche et s'ouvre dans le péritoine sur le flanc du petit bassin. Le petit bassin est plein de liquide putride et une suppuration franche s'étend dans la grande cavité surtout le long du côlon descendant.

En résumé, il s'agit d'une péritonite liée manifestement à l'infection venue de la cavité vésicale par la plaie de cystostomie. La péritonite a été masquée dans son évolution par des signes d'affaiblissement progressif et d'urémie.

OBSERVATION IX (inédite)

Due à l'obligeance du Dr Verliac

M. L. . . , 61 ans, entre salle Velpeau le 11 novembre 1922 pour des troubles dysuriques d'origine prostatique. Il est

manifestement infecté avec une température qui se maintient aux environs de 38 degrés ; son azotémie le 20 novembre est de 0,966 ; on lui fait une cystotomie le 23 novembre. Dès le lendemain, la température monte progressivement vers 40, puis 39 degrés et le malade meurt le 27.

A l'autopsie, on trouve de l'emphysème pulmonaire avec dilatation cardiaque, un foie gras et congestionné dont la vésicule est remplie de calculs et une péritonite généralisée caractérisée par la présence de pus dans le petit bassin et par une distension considérable des anses intestinales dont la surface est très humide. En même temps se voit une énorme infiltration purulente verdâtre sous-péritonale de l'espace pelvirectal supérieur avec fusées remontant à gauche dans la fosse iliaque, filant en avant dans la paroi d'une hernie inguinale gauche où plonge une longue frange graisseuse du côlon. C'est au niveau de la hernie que paraît s'être faite la communication entre les deux foyers suppurés extra et intra-péritonal ; mais on ne trouve pas de perforation des voies urinaires, en dehors de l'orifice de cystostomie. Les reins sont atteints de néphrite chronique atrophique : la vessie a des parois modérément épaisses et congestionnées. Grosse prostate à gros lobe moyen avec suppuration du lobe droit.

En résumé : péritonite généralisée et phlegmon sous-péritonéal au cours d'une infection vésicale.

OBSERVATION X (inédite)

Due à l'obligeance du Dr Verliac

P. J..., 82 ans, entré dans le service, salle Velpeau, le 11 mai 1921, est considéré comme un prostatique emphysémateux,

hypertendu et infecté et meurt comme un urémique, le 29 mai.

A l'autopsie, on trouve en plus d'un emphysème considérable avec dilatation cardiaque et congestion hépatique, une péritonite purulente généralisée dont le liquide est surtout abondant dans le petit bassin. L'examen des voies urinaires montre que l'urèthre est normal, qu'il existe une grosse hypertrophie prostatique à 3 lobes, saillants tous trois dans la vessie. Celle-ci a une paroi mince avec des colonnes horizontales surtout marquées sur la face postérieure. Au sommet se trouve une petite cellule dont la paroi supérieure est perforée : au bord de cette perforation adhéraient des anses intestinales. Les uretères sont dilatés, de même que les bassinets : les reins sont atteints de pyélonéphrite avec distension et atrophie parenchymateuse.

Il s'agit ici d'une péritonite par perforation d'une cellule vésicale au cours d'une cystite liée à l'évolution d'une hypertrophie prostatique. Elle a été masquée par les signes d'urémie concomitants.

OBSERVATION XI (inédite)

Due à l'obligeance du D^r Verliac

L. T..., 68 ans vient mourir à l'Hôp. Necker salle Velpeau le 27 mars 1920 sans qu'on ait sur lui aucun renseignement clinique.

A l'autopsie, on constate une péritonite généralisée : il y a dans le péritoine une quantité importante de liquide brun violacé d'odeur infecte, surtout abondante dans le petit bassin. La paroi antérieure périvésicale du bassin est

occupée par une importante infiltration sous-péritonéale formant une collection qui s'est ouverte en avant et à droite dans le péritoine. L'origine de cette péricystite se trouve dans une rupture de la face postérieure de la vessie. Celle-ci présente, en effet, au milieu de lésions de cystite une perforation verticale médiane de la face postérieure de la vessie. Au niveau du col, petite hypertrophie à 3 lobes en éventail.

Cette observation est particulièrement intéressante au point de vue anatomique parce qu'elle nous montre d'une part une perforation de la vessie par cystite au cours d'une hypertrophie prostatique.

D'autre part, une perforation vésicale de la face postérieure donnant naissance à de la péricystite et non directement à de la péritonite. La péritonite est survenue ensuite par rupture secondaire de la collection périvésicale dans le péritoine.

OBSERVATION XII (inédate)

(due à l'obligeance du D^r Verliac)

C. Jules..., 50 ans, entre à l'Hôpital Necker accusant des troubles anciens de rétention pour lesquels ont été pratiquées en ville des tentatives de sondage suivies d'hémorrhagie uréthrale. A son entrée, le malade présente des troubles marqués de congestion pulmonaire et on fait le diagnostic urinaire de rétrécissement de l'urèthre et fausse route. Il paraît succomber à sa congestion pulmonaire le 26 février 1919. A l'autopsie, on constate de l'œdème pulmonaire avec, à la base droite, un petit foyer de broncho pneumonie.

Le péritoine est rempli de sang et d'urine provenant

l'un et l'autre d'une déchirure du sommet de la vessie. Complètement vide, la vessie est aplatie et montre au sommet une perforation qui, vue du péritoine, a les dimensions d'une pièce de cinquante centimes. Vue par la vessie, cette perforation n'est que la partie moyenne d'une grande déchirure antéro-postérieure portant sur la muqueuse et les couches musculaires fortement rétractées de chaque côté, laissant le péritoine constituer seul la paroi vésicale dans leur intervalle. C'est la déchirure de ce seul péritoine qui constitue les bords de la perforation péritonéale. Une seconde déchirure portant uniquement sur la muqueuse et sur une partie de la couche musculaire siège horizontalement sur la partie gauche de la face antérieure à cinq centimètres au-dessus de l'orifice urétral.

Les uretères sont normaux. Les reins de volume normal sont scléreux et parsemés de kystes.

L'urèthre présente plusieurs culs-de-sac dans la région prostatique qui paraissent être l'amorce de fausses routes : au bulbe un rétrécissement assez serré : en avant duquel une vaste déchirure de la paroi uréthrale conduit dans un foyer sanglant.

Dans le cas présent, il ne s'agit pas, semble-t-il, de péritonite manifeste, mais surtout de rupture vésicale ; elle en est peut-être le premier terme. Nous avons tenu néanmoins à rapporter cette observation pour montrer que la rupture de la vessie peut se produire sans signes qui attirent nécessairement l'attention sur le péritoine, quand elle survient chez des urinaires qui présentent par ailleurs des lésions suffisant à expliquer leur état précaire. Nous ne

voulons pas discuter ici la pathogénie de la rupture qu'a présenté ce rétréci.

OBSERVATION XIII

Perforation de la paroi vésicale postérieure par autocathétérisme (Raymond Dossot) Rapport de M. Legueu, Soc. d'Urologie, 14 janvier 1924.

F. G..., le malade, âgé de 82 ans, est contraint au sondage médical depuis des mois.

Six jours avant son entrée dans le service d'Urologie de l'hôpital Necker, au cours d'un cathétérisme il brise sa sonde dans sa vessie ayant voulu vaincre une certaine résistance.

Pas de crise de rétention.

Ce n'est que six jours après cet événement, c'est-à-dire au moment où il entre dans le service qu'il se plaint de douleurs sourdes dans le bas ventre.

Hypogastre douloureux et dur à la pression.

Les autres parties de l'abdomen sont mobiles avec la respiration, indolores et souples.

Toucher rectal. — Placard induré de péricystite.

Urines purulentes.

La température est à 38 degrés. Le pouls bat à 100.

Pas de vomissements, pas de constipation.

Le seul traitement fait à l'hôpital fut une instillation de nitrate d'argent au cours d'une crise douloureuse.

Quarante-huit heures après son entrée à l'hôpital le malade meurt.

Autopsie (faite par M. Verliac). — Péritonite purulente

généralisée avec très peu d'épanchement, mais des fausses membranes purulentes se retrouvent jusque sur la partie supérieure du foie. Un fragment de sonde d'une dizaine de centimètres, sort du dôme vésical à droite de la ligne médiane et se place entre les anses intestinales au milieu d'un foyer plastico-purulent.

Les reins sont petits, à cavités dilatées, non suppurées.

OBSERVATION XIV (inédite)

(Due à l'obligeance du Dr Verliac)

L..., 73 ans, entre salle Velpeau n° 12, ayant l'aspect d'un prostatique infecté rétentionniste. On lui fait une cystostomie, il meurt le 29 septembre 1912.

A l'autopsie pratiquée le 1^{er} octobre, on constate, en plus d'un athérome considérable de l'aorte et des gros vaisseaux, des lésions d'infections hépatique et pulmonaire, celle-ci sous forme de broncho-pneumonie à foyers disséminés dans la base gauche.

Dans l'abdomen, péritonite purulente généralisée mais à maximum supravésical. En ce point s'est rompu dans la cavité abdominale un abcès qui s'était développé entre les anses intestinales et la vessie. Cet abcès, simple péritonite purulente localisée, communique avec la vessie au niveau du sommet par une perforation lenticulaire. La vessie elle-même est très congestionnée, à paroi couverte de colonnes et suppurante : c'est entre deux colonnes que s'est faite la perforation du sommet. Grosse prostate à trois lobes.

Uretères normaux. Reins atteints de néphrite infectieuse

rayonnante ; au sommet du rein gauche, gros kyste à contenu citrin.

En résumé : hypertrophie prostatique, infection vésicale intense amenant une perforation de la paroi suivie de péritonite localisée. Généralisation de la péritonite suppurée par rupture de la collection primitive. Tous ces phénomènes ont passé complètement inaperçus au milieu des signes d'infections urinaire et générale.

OBSERVATION XV (inédite)

(Due à l'obligeance du D^r Verliac)

A.. B., âgé de 62 ans.

Entre à Necker le 14 avril 1914 pour de la pollakiurie diurne et nocturne (il se lève quatre à cinq fois) et des hématuries terminales répétées, accompagnées d'émission de caillots.

Le malade rapporte tous ces troubles à un accident d'auto, peu grave, survenu deux mois avant, mais qui détermina des douleurs rénales et l'impossibilité d'uriner provoquant des douleurs au niveau du bas ventre. Cependant il s'agissait de rétention incomplète et il émettait de l'urine, mais en petite quantité à chaque miction.

A partir de ce moment, les urines seraient devenues troubles. Elles le sont demeurées.

Aucun antécédent pathologique.

Examen. — L'uretère exploré est libre. Il existe un résidu de 170 centimètres cubes.

Toucher rectal. — Montre une prostate augmentée de

volume, lisse. Lobe droit paraît plus volumineux que le gauche et la pression fait naître de la douleur et un écoulement de pus par le méat urétral.

Le 17 avril, brutalement ascension de la température jusque-là à 37 degrés; à 41°3. En même temps que frisson prolongé, la langue est sèche, le malade a toujours soif.

On met une sonde à demeure.

Le lendemain chute de la température à 38°2, deux jours après réascension à 40°2.

A partir de ce moment la chute en lysis si bien qu'en quatre jours la température se maintient à 37 degrés le matin, 38 degrés le soir.

Le 25 avril, *Cystoscopie*. — Montre qu'il s'agit bien d'une hypertrophie prostatique mais la vessie est peu tolérante, on aperçoit des colonnes et des cellules nombreuses, on enlève la sonde à demeure le 30 avril.

L'état général reste grave; le malade est amaigri, cachectique, on hésite à faire une cystostomie.

L'intervention est décidée le 8 mai; mais le 9 le malade paraît trop affaibli et on décide de ne pas pratiquer l'intervention. Il s'affaiblit progressivement et meurt le 11 mai.

A l'autopsie, on trouve de petits foyers de gangrène des lobes inférieurs avec emphysème du sommet, un cœur distendu avec athérome léger de l'aorte, un foie gras.

Le péritoine est le siège d'une péritonite suppurée caractérisée par la présence d'une nappe purulente dans le petit bassin et dans le flanc droit. La vessie est entourée d'adhérences qui circonscrivent des loges purulentes. En les décollant on arrive sur la face postérieure perforée de la vessie : il est impossible de décider si cette perforation s'est faite

ou non au niveau d'une cellule vésicale. Non loin d'elle, la partie postérolatérale gauche de la vessie montre une cellule remplie de pus. Autour du col, hypertrophie prostatique au début.

Le rein gauche de volume à peu près normal a des cavités distendues par le pus et un parenchyme criblé d'abcès miliaires.

Le rein droit beaucoup plus volumineux est rempli de pus. Les foyers purulents disséminés sont beaucoup plus gros qu'à gauche. A la partie supérieure, les cavités rénales suppurées communiquent avec un abcès périnéphrétique du volume d'une pomme. L'uretère est épais, dur et suppuré.

En résumé : il s'agit d'un malade atteint de cystite et de pyélonéphrite suppurées qui a fait de la péricystite suppurée par rupture de la paroi vésicale peut-être au niveau d'une cellule suppurée, qui a secondairement rompu sa péricystite dans le péritoine pendant que la suppuration de son rein droit fusait dans l'atmosphère périrénale.

Cette évolution a été caractérisée cliniquement par un affaiblissement progressif du malade attribué à l'évolution d'une prostatite suppurée. La suppuration n'a pas passé inaperçue, mais sa localisation péritonéale a été absolument silencieuse.

Dans ce troisième groupe d'observations, nous avons rassemblé les cas où l'infection paraissait être la cause prédisposante et déterminante à la fois de la rupture.

L'infection agit ici en dissociant les couches mus-

culaires, en infiltrant le tissu conjonctif, en atrophiant les fibres musculaires. Dès lors le moindre incident rompra cette paroi fragile. Et la preuve que c'est bien l'infection, c'est que, lorsque celle-ci siège au niveau de la vessie, la destruction de la paroi peut se poursuivre même après la cystostomie par exemple, l'infection continuant à dissocier la paroi, alors qu'on a porté remède à la distension.

Dans certains cas, le sondage mal conduit a pu provoquer la perforation : mais ce n'est là que la cause déterminante. La perforation ne se serait pas produite si l'infection n'avait altéré d'une façon profonde l'organe perforé.

Notre travail sera complété par les observations publiées dans la littérature médicale. Celles-ci nous ont paru intéressantes, car au lieu de se rapprocher de celles que nous venons de citer, recueillies à l'hôpital Necker, elles s'opposent à celles-ci en réalité. Nous n'avons jamais eu de signes de péritonite au cours de la perforation intra-péritonéale d'un organe urinaire lésé. Les auteurs que nous citons ont vu évoluer une péritonite tantôt vraie, tantôt à forme toxi-infectieuse sans signes physiques notables.

OBSERVATION XVI

Observation d'ulcère perforant de la vessie rapporté par H. Lefèvre, chirurgien des hôpitaux de Bordeaux (*Journal d'Urologie*, 1913).

Malade opérée de hernie crurale étranglée, 15 jours après

l'intervention, la malade se lève ; 6 jours après à 5 heures du matin, avant d'uriner, vive douleur, rétention complète. Pendant une heure grands besoins, puis ceux-ci disparaissent.

Température : 37 degrés. Pouls : 100, petit.

Se plaint de douleurs abdominales.

Ventre très légèrement ballonné, douloureux, sphère musculaire de la zone sous-ombilicale.

On pratique plusieurs cathétérismes venant des urines jusqu'à 1.000 grammes.

Cathétérismes répétés car mictions impossibles. Puis vomissements, pouls filant, malade meurt dans le coma. On pense à une attaque démesurée.

A l'autopsie, épanchement d'urine dans cavité péritonéale. Aspect normal de la vessie. On voit une perforation à la partie postérieure au voisinage du sommet sur la ligne médiane (forme d'une pièce de 50 centimes). La vessie enlevée on constate une perforation. Examen histologique, pas de syphilis, pas de néo.

Siège typique de l'abcès : paroi postérieure ; voisinage du sommet ; ligne médiane ; ulcération unique ; altérations microscopiques de la zone qui entoure la perforation.

Il y a eu absence manifeste de réaction péritonéale. Dès le second jour, disparition de la défense musculaire et des douleurs abdominales.

Par contre, signes d'intoxication. Myosis, dyspnée, vomissements, diarrhée, albumine, somnolence, coma.

OBSERVATION XVII

Cas de pyonéphrose compliquée d'abcès paranéphrétique et péritonite (D^r Rocher, Soc. d'An. et Physiol. de Bordeaux 16 janvier 1894).

B. J..., âgée de 81 ans, a été toujours bien portante jusqu'à il y a seize ans. N'a pas eu d'enfants, pas de fausses couches.

A 65 ans, elle tombe dans une cave d'une hauteur assez élevée ; à partir de ce jour, elle voit son ventre grossir ; elle a de la dyspnée d'effort. Il y a un mois et demi, le ventre devient douloureux : crises de vomissements, de diarrhée profuse, coliques très vives ; pas de fièvre, son flanc droit s'œdématie, les membres inférieurs enflent rapidement.

26 décembre 1898. — Œdème très accusé du flanc droit et de toute la paroi abdominale de ce côté, œdème de la vulve et des membres inférieurs.

Palpation : Tumeur volumineuse, occupant la moitié droite de l'abdomen, peu douloureux à la pression, de consistance inégale, fluctuante et non mobilisable. Frottements péritonéaux, de temps à autre, gargouillement.

Toucher rectal : on ne sent pas la tumeur. Utérus normal non augmenté de volume.

Ponction : liquide rouge brunâtre, aspect purulent, fétide, contenant globules sanguins et des leucocytes abondants.

Cœur cystotique.

Respiration normale,

Tube digestif : langue blanche, saburrale. Selles diar-

rhéïques. Foie petit. Rate non percevable. Appétit normal, soif très grande.

Appareil urinaire : Incontinence d'urines, celles-ci sont jaunes, acides. Traces d'albumine, urobiline et grande quantité d'indican.

La malade meurt d'une poussée de péritonite avec hypertrémie et vomissements.

L'examen nécropsique montre qu'on a affaire à une pyonéphrose volumineuse, contenant 9 litres environ de liquide. Résection par le péritoine, la tumeur a fait basculer en arrière le foie ; le duodénum, la veine cavo-inférieure, la veine utéro-ovarienne droite sont comprimés par sa face interne.

Le colon ascendant est situé au devant de sa face antérieure, ce qui explique les variations de la ligne de matité observées à quelques jours de distance.

Adhérences avec le grand épiploon, avec la paroi abdominale. Fausses membranes jaunes et épaisses à la face externe de la tumeur.

Tumeur mesurant 35 centimètres en hauteur et 25 en largeur. Consistance variée, présente des sillons étagés les uns au-dessus des autres, au niveau desquels prennent naissance des cloisons de tissu fibreux.

Presque plus de chez une rénale.

Bassinets très dilatés, le contenu s'élève à deux litres.

Urètre non dilaté.

Rein gauche : Néphrite interstitielle.

Vessie : Cystite du bas fond.

En résumé : L'histoire de notre malade concorde

bien avec les constatations nécropsiques. A 65 ans elle fait une chute assez élevée.

Ptose du rein : coudure et compression de l'uretère ; hydronéphrose.

Un mois et demi avant son entrée à l'hôpital, symptômes de suppuration, vomissements, diarrhée, etc., pyonéphrose d'un uretère n'étant pas oblitéré et le malade ayant de la cystite, elle a pu faire de l'infection ascendante.

Quant à l'abcès paranéphrétique, nous pensons qu'il est dû à une fissure de la paroi kystique par où s'est épanché du pus qui est venu se collecter entre celle-ci et l'enveloppe fibreuse du rein : dans son transport à l'hôpital : la malade était tombée sur le ventre.

OBSERVATION XVIII

Annales des maladies des organes génito-urinaires
du mois de juin 1888 (D^r Duluc).

Péritonite mortelle survenue chez un vieillard atteint de rétention chronique d'urine et soumis depuis longtemps à l'usage de la sonde.

Pas d'autopsie, conclut à péritonite par infiltration d'urine dans le tissu cellulaire-périvésical à la suite d'une petite perforation. Le malade était soumis à l'usage de la sonde depuis plusieurs années déjà quand il recouvra la fonction d'uriner pendant quelques heures et sans motif. Mais presque immédiatement après de vives douleurs de l'hypogastre, bientôt suivies de tout le cortège de symptômes d'une périto-

nite à marche subaiguë qui devient mortelle au bout de vingt-quatre jours.

Conclusion. — La péritonite est une terminaison heureusement très rare de la stagnation d'urine compliquée de cystite chronique : c'est pour appeler l'attention de la possibilité d'une pareille complication qu'il m'a paru utile de publier le fait qui précède.

OBSERVATION XIX

Un cas de rupture de vessie chez un rétréci (Michel et Gross de Nancy).

Homme de 53 ans, ayant eu vingt ans auparavant une blennorrhagie non traitée. Depuis deux ans le malade accusait des troubles marqués de la miction, mais il n'avait jamais eu de cystite. Le 22 décembre 1898 il a une crise de rétention complète et urine par regorgement les jours suivants. Cinq jours après il présente des douleurs considérables, il émet quelques gouttes d'urine sanglante, puis une douleur subite naît au niveau de l'abdomen, peu à peu, il vomit tout ce qu'il prend. Trois jours après il entre à l'hôpital présentant phéri-péritonéaux graves avec vomissements. Douleurs abdominales, œdème de la paroi de l'hypogastre. L'aphrite du canal montre un rétrécissement infranchissable. Incision et drainage sans chercher le lieu de la rupture, le diagnostic de rupture de la vessie ayant été posé aussitôt. Mort quelques heures après.

A l'autopsie, on constate une péritonite généralisée avec un épanchement urohématique abondant dans le petit bassin.

Sur la partie latérale externe perte de substance à bords irréguliers de la dimension d'une pièce de un franc, au-dessous de l'endroit où le péritoine s'infléchit pour aller tapisser le rectum. C'est consécutivement que le péritoine décollé par le liquide infiltré s'est perforé.

CONCLUSIONS

I. — Aux ruptures traumatiques de la vessie, du rein, de l'uretère, il faut opposer les ruptures spontanées de ces organes devenus pathologiques sous l'influence de causes diverses.

II. — Le plus souvent ces perforations sont intrapéritonéales et amènent la mort par péritonite. Tantôt celle-ci revêt une forme aiguë, une forme subaiguë ; tantôt elle se présente sous la forme d'une intoxication sans phénomènes péritonitiques.

Tantôt, masquée par les signes de l'affection qui lui a donné naissance, elle évolue vers la mort sans attirer l'attention du malade, ni celle du médecin.

III. — On pourrait peut-être discuter la possibilité d'un traitement chirurgical dans les formes péritonitiques et toxiques sans pouvoir dire si l'intervention modifierait l'évolution de la péritonite. Il semble bien qu'un résultat favorable ne puisse être qu'une exception. Dans la forme « sans signes », la question ne se pose même pas, puisque jusqu'ici aucun signe pathognomonique n'a pu permettre de poser un diagnostic positif.

IV. — Bien que tous ces cas soient notés comme très rares, nous ne craignons pas d'affirmer qu'ils

sont plus fréquents qu'on veut bien le dire. En réalité, beaucoup d'urinaires, morts avec le diagnostic d'urémie, ne sont en réalité que des victimes d'une péritonite par perforation passée complètement inaperçue.

V. — Si nous avons tenu à attirer l'attention sur cette complication, c'est moins pour en tirer des déductions opératoires d'une inutilité certaine, que pour indiquer une modalité peu connue de la mort chez les urinaires.

Vu : le Président de la thèse
P. LEGUEU

Vu : le Doyen,
ROGER

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
P. APPELL

BIBLIOGRAPHIE

- Gouley*. — Rupture de l'urètre. Retention d'urine et rupture de la vessie. Mort. Autopsie (Medical Record, novembre 1872).
- Mercier*. — Mémoire sur certaines ruptures de la vessie. Thèse Paris, 1877.
- Spillmann*. — Cystite ulcéreuse avec perforation de la vessie et péritonite consécutive (Mémoire de la Soc. médic. de Nancy, 1878).
- Amiet*. — Des ruptures de la vessie. Thèse Bordeaux, 1882.
- Trelat*. — Bulletin et Mém. de la Société de chirurgie de Paris, t. XI, 1885.
- Rayer*. — Traité des maladies des reins.
- Labadie-Lagrave*. — Urologie clinique et maladies des reins.
- Le Dentu*. — Affections chirurgicales des reins, des uretères et des capsules surrénales.
- Thruster*. — Ulcère perforant chronique de la vessie (Texas recover. record of Med., 1887).
- MacConnac*. — Some observations on rupture of the urinary bladder (The Lancet, 1888, t. II).
- Guyon et Albarran*. — Archives de Méd. expérimentale, 1890.
- Ignatief*. — Sur la symptomatologie des ruptures de la vessie (Chronique chirurgicale russe, 1894).
- Pousson*. — Considérations sur la pathogénie de deux variétés peu connues de rupture de la vessie et sur le moyen de les prévenir (Revue de chirurgie, 1887).
- Des Ruptures dites spontanées de la vessie : Aff. Chirurgicales des organes génito-urinaires, 1897.
- Précis des maladies des voies urinaires, 1919.
- Del Greco*. — Rupture spontanée intrapéritonéale de la vessie (Settimana Medica del Sprimento, juin 1898).
- Le Fur*. — Des ulcérations vésicales. Thèse de Paris, 1901.
- Morel et Raymond*. — Rupture intrapéritonéale de la vessie d. cause indéterminé chez un paralytique général démenté (Bul. et Mem. de la Soc. Anat. de Paris, décembre 1904).
- Dambrin et Papin*. — Des ruptures intrapéritonéales de la vessie (Annales des maladies des org. génito-urin., 1914).

- Ashkurst.* — Two cases of intrapéritonéal rupture of the bladder (America Z. of med. Science, 1906, t. CXXXII).
- Murray.* — Thrée cases of intrapéritoneal rupturæ (J. the bladder. Liverpool med. chir. J., 1906, t. XXV).
- Morel.* — Contrôle à l'étude des ruptures traumatiques de la vessie (Annales des maladies des organes génito-urinaires, t. XXIV, 1906).
- Lardennois.* — Etudes sur les contusions, déchirures et ruptures du rein. Thèse Paris, 1908.
- Pinard.* — Rupture spontanée de la vessie chez une femme enceinte présentant un utérus en rétroversion (Soc. d'Obst., de Gynéco, et de Péd. de Paris, 1909).
- Voillemier et Le Dentus.* — Traité des maladies des K. V.
- Legueu et Michon.* — In Traité Le Dentus et Dalbet. Péritonite à la suite de perforation vésicale par rétention d'urine.
- Duluc.* — Annales des organes génito-urinaires, juin 1888.
- Zaayer.* — Plaie entrapéritonéale de l'uretère (Sem. med. juillet 1911).
- Villard et Muraud.* — Rupture de la vessie à signes anormaux (Soc. des Sc. med. de Lyon 1912 ; Lyon médical, n° 39, 1912).
- Lefèvre (H.).* — Ulcère simple perforant de la vessie (Journa d'Urologie, 15 janvier 1913).
- Legueu.* — Les ulcères simples de la vessie (Progrès médical, 1913).
- Legueux (F.) et Gouverneur.* — Des plaies de la vessie (Arch. Urolog. de la clinique de Necker, t. II, Fasc. II).
- Chenut.* — Contrôle à l'étude des corps étrangers de la vessie et de la prostate, consécutifs avec blessures de guerre. Thèse Bordeaux, 1917.
- Encyclopédie française d'Urologie.
- Marion.* — Traité d'Urologie.
- Legueu.* — Traité chirurgical d'Urologie.
- Lejars.* — Chirurgie d'urgence.

